

Función sexual femenina y factores relacionados

Vanesa Artiles Pérez^a, M. Dolores Gutiérrez Sigler^b y José Sanfélix Genovés^c

Objetivo. Valorar la función sexual femenina y describir los factores que aparecen con más frecuencia junto con su disfunción.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Participaron 223 mujeres de 18 a 76 años atendidas en un centro de salud urbano desde noviembre del 2004 hasta febrero de 2005 que desearon participar de forma voluntaria en el estudio.

Mediciones principales. Se recogieron mediante cuestionario anónimo estructurado en 5 apartados con 53 ítems. Comprendía variables socioeconómicas, culturales, de estilo de vida, función sexual femenina (FSF) y autopercepción del estado de salud (SF-12). Se efectuó un análisis de regresión logística binaria.

Resultados. La sexualidad femenina logra su máxima expresión entre los 30 y los 35 años (FSF: 30,0 intervalo de confianza [IC] del 95%, 28,3-31,6). Los factores de riesgo para la disfunción sexual son: edad > 44 años y religión (*odds ratio* [OR] = 6,5; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,8-15), componente físico del SF-12 < 37 (OR = 3; IC del 95%, 1,3-7,2), componente mental del SF-12 < 31 (OR = 3,1; IC del 95%, 1,2-7,8).

No tener pareja estable fue factor de riesgo para la excitación (OR = 9,6; IC del 95%, 2,8-24,0), la lubricación (OR = 9,3; IC del 95%, 4,0-21,5), el orgasmo (OR = 8,8; IC del 95%, 3,1-24,8) y la dispareunia (OR = 8,9; IC del 95%, 3,9-20,5). No fue factor de riesgo para el deseo ni para la satisfacción con la vida sexual.

Conclusiones. El perfil de disfunción sexual consistió en mujer mayor de 44 años sin pareja estable, con práctica de alguna religión, desempleada y con baja autopercepción de calidad de vida.

Palabras clave: Deseo sexual. Función sexual femenina. Atención primaria.

FEMALE SEXUAL FUNCTION AND RELATED FACTORS

Objectives. To appraise female sexual function and to describe the factors that most commonly accompany dysfunction.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Primary care.

Participants. Two-hundred and twenty-three women from 18 to 76 seen at an urban health centre between November 2004 and February 2005 and who wanted to take part in the study.

Main measurements. These were collected in an anonymous questionnaire structured in 5 sections with 53 items. The questionnaire comprised social and economic, cultural and life-style variables; female sexual function (FSF); and perception of own state of health (SF-12). A binary logistical regression analysis was run.

Results. Female sexuality reaches its maximum expression at 30-35 years (FSF=30.0, 95% CI, 28.3-31.6). Risk factors for sexual dysfunction were: age over 44 and religion (OR, 6.5; 95% CI, 2.8-15); physical component on the SF-12 below 37 (OR, 3; 95% CI, 1.3-7.2); mental component on the SF-12 below 31 (OR, 3.1; 95% CI, 1.2-7.8). Not having a stable partner was a risk factor for arousal (OR, 9.6; 95% CI, 2.8-24.0); for lubrication (OR, 9.3; 95% CI, 4.0-21.5); for orgasm (OR, 8.8; 95% CI, 3.1-24.8); and for dyspareunia (OR, 8.9; 95% CI, 3.9-20.5). It was not a risk factor for desire or satisfaction with sexual life.

Conclusions. The profile of sexual dysfunction consisted of a woman aged over 44 without a stable partner, who practised religion, was unemployed and had perception of low quality of life.

Key words. Sexual desire. Female sexual function. Primary care.

^aMedicina de Familia. Centro de Salud de Nazaret. Valencia. España.

^bPediatría. Centro de Salud de Pintor Stola. Técnico Superior de Salud Pública. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia. España.

^cMedicina de Familia. Centro de Salud de Nazaret. Valencia. España.

Correspondencia:
Dra. M.D. Gutiérrez Sigler.
Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES). Unidad Docente de MFYC.
Juan de Garay, 21. 46017 Valencia. España.
Correo electrónico:
gutierrez_dol@gva.es
Manuscrito recibido el 30-12-2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18-1-2006.

Introducción

En los últimos años se han realizado muchos estudios relacionados con la función sexual masculina, pero son escasos los estudios que analizan la función sexual femenina, y menos aún los realizados en el ámbito de la atención primaria^{1,2}.

Uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de la investigación en este campo ha sido la ausencia de consenso sobre los criterios diagnósticos de la disfunción sexual femenina^{2,3}.

En el año 2000, un grupo de investigadores desarrolló y validó un instrumento capaz de medir y calcular un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Dicho instrumento explora el deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual⁴⁻⁶.

La calidad de vida de la mujer puede tener relación con su salud sexual.

Por todo ello, hemos realizado el estudio con el objetivo de valorar la función sexual femenina y describir los factores que aparecen con más frecuencia junto con su disfunción.

Métodos

Estudio descriptivo transversal, emplazado en un centro de salud urbano, cuya población de referencia tiene un nivel socioeconómico y cultural medio-bajo.

La población de estudio la formaron mujeres de 18 a 76 años atendidas en un centro de salud urbano desde noviembre de 2004 a febrero de 2005 que desearon participar de forma voluntaria en el estudio. Se realizó un muestreo oportunista, consecutivo.

Como criterios de inclusión se consideraron: la voluntad de participar en el estudio, pertenecer al rango de edad descrito y saber leer y escribir.

La información se recogió mediante un cuestionario anónimo estructurado en 5 apartados, con 53 ítems en total (anexo 1 disponible en internet):

1. Preguntas relacionadas con variables socioeconómicas y culturales. Basadas en el cuestionario utilizado por el Proyecto ACTIVA⁷.
2. Preguntas relacionadas con la función sexual: estado hormonal, orientación sexual-experiencia y orientación sexual-deseo (adaptación de la escala de Kinsey)⁸, frecuencia de actividad sexual, número de parejas sexuales, evaluación de la función sexual femenina (medido mediante el IFSF)⁴⁻⁶ y la búsqueda de consejo sexual por parte de la paciente a su médico.
3. Preguntas relacionadas con la calidad de vida autopercibida: en relación con el estado de salud, según cuestionario SF-12 sobre estado de salud⁹⁻¹¹.
4. Preguntas relacionadas con el estilo de vida: en relación con el tabaco y el alcohol (cuestionario CAGE)¹².
5. Preguntas relacionadas con los tratamientos medicamentosos: medicamentos que está tomando en las últimas 4 semanas.

Se realizó un pretest en un grupo de 25 mujeres que acudieron a un centro de salud emplazado en zona rural con nivel socioeco-

nómico bajo. Con ello se pretendía asegurar la comprensión del cuestionario en niveles culturales bajos.

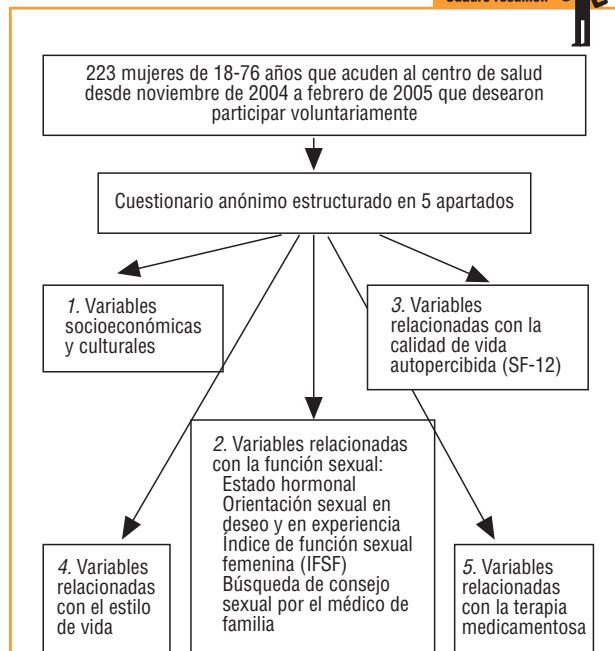
El médico, previa solicitud del consentimiento por parte de la mujer, le informaba sobre las características del cuestionario, indicándole que su objetivo era analizar la sexualidad femenina, que las preguntas relacionadas con ésta se referían a las últimas 4 semanas y que se solicitaba que respondiera de la forma más honesta y clara posible, teniendo en cuenta que sus respuestas serían completamente confidenciales.

Se definieron los términos que aparecían en el cuestionario, para que no hubiera confusión, como:

1. Actividad sexual: caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
2. Relación sexual: penetración del pene en la vagina.
3. Estimulación sexual: juegos sexuales de la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.
4. Deseo o interés sexual: sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos de fantasías sobre tener sexo.

Las participantes rellenaban el cuestionario en la intimidad. Para ello, se les hacía pasar a solas a una consulta contigua, facilitando así que pudieran preguntar cualquier duda al respecto de la encuesta. Ellas mismas, al finalizarla, la introducían en un sobre cerrado y éste a su vez en una caja de cartón con una ranura, a modo de urna.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, para valorar la función sexual femenina y describir los factores más frecuentes en la disfunción.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis factorial del IFSF para obtener los 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Se llevó a cabo un análisis del cuestionario SF-12 obteniéndose una medida sumario física y otra medida sumario mental.

Comparaciones de medias:

1. Entre los valores de los 6 dominios explorados mediante el IFSF, la puntuación total y los grupos de edad.
2. Entre los valores del componente físico y mental del SF-12 con los grupos de edad.

Se realizó un análisis bivariable y un análisis estratificado por edad, y se calcularon la OR cruda y la estratificada y sus intervalos de confianza (IC) para los 6 dominios explorados con el IFSF y la puntuación total, en relación con el resto de variables.

Se efectuó un análisis de regresión logística binaria considerándose como variables dependientes tanto la puntuación total del IFSF como la de cada uno de los componentes del IFSF (utilizando como punto de corte el valor de la puntuación del cuartil inferior), y como variables independientes se tomó como categoría de referencia: no haber nacido en España, no ser de raza blanca, comportamiento en experiencia y deseo sexual heterosexual o bisexual, tener más de 44 años, estar desempleada, no tener pareja estable, tener/frecuentar prácticas religiosas, tomar medicación que pueda afectar a la función sexual, valor del componente físico y mental del SF-12 menor del cuartil inferior.

El ingreso de las variables al modelo se consideró con un nivel de significación del 20% aplicándose el procedimiento de *stepwise*. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 12.0.

Resultados

Participaron en el estudio 223 mujeres que acudieron a la consulta de atención primaria de noviembre de 2004 a febrero de 2005, así como 5 médicos del centro de salud en el que se realizó. Se negaron a participar 10 mujeres. La media de edad fue de 41,6 años (IC del 95%, 39,8 a 43,3). Nacieron fuera de España 8 mujeres (3,6%). La ma-

yoría eran de raza blanca (n = 219; 99,5%). En relación con el estado civil, estaban casadas o con pareja estable 160 (71,8%), solteras 44 (19,7%), separadas o divorciadas 10 (4,5%) y viudas 9 (4,0%).

Respecto a la religión, 158 (70,9%) eran católicas romanas, 10 de otras religiones (4,4%), 44 (19,7%) no tienen religión pero creen en Dios y 6 (2,7%) no creen en Dios. En este apartado, fueron 5 las mujeres que no contestaron (2,2%). Acudían ocasionalmente o nunca a la Iglesia un total de 158 (70,9%).

En cuanto a los hábitos de vida poco saludables, fuman 92 mujeres (41,3%). A 15 mujeres les ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber (6,7%). Un total de 13 dice que tiene la impresión de que deberían beber menos (5,8%). Cinco se sienten culpables por beber (2,2) y 2 necesitan beber por la mañana para calmar sus nervios (0,9%).

Un total de 45 mujeres (20,2%) toman medicación que podrían afectar a su función sexual; 103 mujeres dejan en blanco la pregunta (46,2%).

En relación con la función sexual femenina, en fase premenopáusica, menopáusica o posmenopáusica se encuentran 62 mujeres (24,7%).

La experiencia sexual es predominantemente heterosexual en 208 mujeres (93,3%). Un total de 13 (5,8%) no contestan a esta pregunta. En relación con el deseo sexual, el comportamiento es heterosexual en 200 mujeres (89,7%) y no contestan 17 (7,6%).

Respecto al número de parejas, no tienen pareja 75 mujeres (33,6%), 124 tienen una pareja (55,6%), 12 mujeres tienen dos o más parejas (5,3%) y 12 no contestan (5,4%).

Solicitaron consejo sexual por parte de su médico un total de 14 mujeres (6,3%).

La práctica sexual menos frecuentada en las últimas 4 semanas es la masturbación. La mayor frecuencia de práctica sexual, tanto del coito como del sexo oral y/o la masturbación, se sitúa entre 1 y 3 veces por semana (tabla 1).

TABLA 1
Frecuencia de prácticas sexuales en las últimas 4 semanas

	Coito			Masturbación			Sexo oral		
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%
Ninguna	53	23,8	18,2-29,4	171	76,7	71,1-82,2	121	54,3	47,8-60,8
Cada más de 2 semanas	19	8,5	4,8-12,2	9	4,0	1,4-6,6	23	10,3	6,3-14,3
Cada 2 semanas	19	8,5	4,8-12,2	5	2,2	0,3-4,1	15	6,7	3,4-9,9
1/semana	59	26,5	20,7-32,3	10	4,5	1,8-7,2	27	12,1	7,8-16,4
2-3/semana	63	28,3	22,3-34,3	11	4,9	2,1-7,7	21	9,4	5,6-13,2
Todos los días	5	2,2	0,3-4,1	7	3,1	0,8-5,4	7	3,1	0,8-5,4
Total	218	97,8		213	95,5		214	96,0	
No contesta	5	2,2	0,3-4,1	10	4,5	1,8-7,2	9	4,0	1,4-6,6

IC: intervalo de confianza.

TABLA 2
Puntuación media del IFSF según grupos de edad

Edad (años)	Deseo		Excitación		Lubricación		Orgasmo		Satisfacción		Dolor*		IFSF global	
	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%
18-23	3,9	3,2-4,7	3,5	2,2-4,7	3,1	1,8-4,4	3,6	2,2-4,9	5,2	4,3-6,0	3,6	2,3-4,9	28,8	24,6-33,1
24-29	4,1	3,6-4,6	4,3	3,6-5,0	4,2	3,5-5,0	4,3	3,6-5,1	5,0	4,4-5,5	4,3	3,4-5,1	27,5	24,8-30,3
30-35	4,1	3,7-4,5	4,7	4,0-5,3	4,2	3,4-5,0	4,9	4,3-5,5	5,5	5,0-5,9	4,9	4,1-5,6	30,0	28,3-31,6
36-41	3,5	3,2-3,8	4,2	3,7-4,7	4,4	3,8-4,9	4,7	4,2-5,3	4,9	4,5-5,4	4,9	4,4-5,5	27,5	25,5-29,4
42-47	3,5	3,1-3,8	4,1	3,7-4,5	4,0	3,5-4,4	4,2	3,7-4,8	4,9	4,4-5,4	4,7	4,3-5,2	25,9	24,0-27,8
48-53	2,7	2,3-3,1	3,0	2,3-3,8	3,0	2,1-3,8	3,3	2,4-4,2	4,4	3,8-5,1	3,1	2,2-4,0	22,4	18,1-26,8
54-59	2,6	2,1-3,0	2,6	1,8-3,5	2,9	2,1-3,8	3,3	2,3-4,3	4,5	3,8-5,2	3,7	2,7-4,8	21,1	16,8-25,3
> 59	1,9	1,5-2,3	1,7	1,0-2,4	2,0	1,0-2,9	1,8	0,9-2,7	3,5	2,3-4,5	3,4	2,2-4,6	17,8	13,0-22,5
Media global	3,3	3,1-3,5	3,6	3,4-3,9	3,6	3,3-3,9	3,9	3,6-4,2	4,8	4,6-5,0	4,1	3,8-4,4	25,4	24,3-26,6

\bar{x} = media

*Mayor puntuación, menos dolor.

TABLA 3
Valores medios del componente físico y mental del SF-12 según grupos de edad

Edad en años	Componente físico		Componente mental	
	\bar{x}	IC del 95%	\bar{x}	IC del 95%
18-23	49,3	44,2-54,5	44,5	38,0-51,1
24-29	47,7	42,6-52,8	40,6	35,4-45,8
30-35	53,2	50,5-55,9	41,8	37,0-46,7
36-41	48,2	44,6-51,8	41,7	37,3-46,1
42-47	46,2	42,7-49,8	40,1	36,3-44,0
48-53	46,5	42,4-40,5	41,1	37,2-45,0
54-59	43,8	38,8-48,8	43,7	38,1-49,2
> 59	39,8	34,4-45,1	39,8	33,8-45,8
Media global	47,0	45,5-48,5	41,6	39,9-43,2

\bar{x} = media; IC: intervalo de confianza.

Los valores del IFSF según su valor medio de puntuación descienden a medida que se incrementa la edad (tabla 2). En relación con la autopercepción de la calidad de vida, el valor medio del componente físico y del componente mental del SF-12 más bajo se presenta en la mujeres con más de 59 años (tabla 3).

En el análisis simple de relación (medido mediante el cálculo de la OR y sus IC del 95%), la edad mayor de 44 años aparece como factor de riesgo para tener puntuaciones bajas en el IFSF (OR = 5,7; IC del 95%, 2,7-12,2), así como para todos los componentes del IFSF: deseo (OR = 6,6; IC del 95%, 3,5-12,5), excitación (OR = 5,5; IC del 95%, 2,6-9,7), lubricación (OR = 3,2; IC del 95%, 1,7-6), orgasmo (OR = 3,1; IC del 95%, 1,5-5,9), satisfacción (OR = 2,4; IC del 95%, 1,2-4,6), dolor (OR = 2,9; IC del 95%, 1,5-5,6).

En los análisis simple y estratificado no hubo relación con las variables: país de nacimiento, raza, comportamiento en experiencia y deseo homosexual o bisexual. La edad se comportó como un factor de interacción o modificador del efecto de los valores del IFSF global y a sus componentes. Como factores de riesgo de disfunción sexual femenina (según valores de la OR ajustada por el resto de factores) aparece la edad mayor de 44 y no tener una pareja estable y/o estar desempleada y/o tener alguna religión. La calidad de vida autopercebida según el valor del componente físico y el mental es un factor de riesgo para la disfunción sexual, independientemente de la edad (tabla 4).

Discusión

De acuerdo con los resultados del estudio, la sexualidad femenina logra su máxima expresión en el período de edad 30-35 años (IFSF global 30,0; IC del 95%, 28,3-31,6), coincidiendo con la mejor autopercepción de salud, tanto física (componente físico del SF-12: 52,2; IC del 95%, 50,5-55,9;) como mental (componente mental del SF-12: 41,8; IC del 95%, 37,0-46,7).

La puntuación media del IFSF en la mujeres estudiadas ha sido de 25,4, muy semejante a la obtenida en otro estudio realizado en mujeres chilenas, que fue de 26⁶.

La satisfacción (tanto con la vida sexual como con la relación o el acercamiento emocional con la pareja) es el único componente del IFSF que no se ve influido por el hecho de no tener una pareja estable. Este hecho se comporta como factor de riesgo para tener dificultades con el deseo sexual, con la excitación, problemas con la lubricación, con el orgasmo y más probabilidad de presentar dispareunia. Estos resultados coinciden con los observados en un estudio americano realizado en 1999¹³. En dicho estudio, el tener pareja estable es otro factor protector del riesgo para

TABLA 4 Factores de riesgo de disfunción sexual femenina (regresión logística)

	Factores de riesgo	OR	IC del 95%	p
IFSF	Edad > 44 años y religión	6,5	2,8-15,0	0,000
	Valor del componente físico del SF-12 inferior a 37	3,0	1,3-7,2	0,012
	Valor del componente mental del SF-12 inferior a 31	3,1	1,2-7,8	0,016
Deseo	Edad > 44 años y sin pareja	5,6	1,6-20,3	0,008
	Edad > 44 años y desempleo	5,3	2,5-11,4	0,000
	Con religión	4,0	1,4-11,1	0,009
	Tomar medicación que afecta	2,7	1,2-6,1	0,019
Excitación	Edad > 44 años y religión	10,9	4,5-26,7	0,000
	No tener pareja estable	9,6	3,8-24,0	0,000
Lubricación	No tener pareja estable	9,3	4,0-21,5	0,000
	Edad > 44 años y desempleo	3,6	1,4-9,4	0,010
	Edad > 44 años y religión	2,8	1,1-7,2	0,039
Orgasmo	No tener pareja estable	8,8	3,1-24,8	0,000
	Edad > 44 años y religión	4,5	1,7-11,9	0,002
Satisfacción	Edad > 44 años y religión	2,8	1,4-5,8	0,006
	Valor del componente mental del SF-12 inferior a 31	2,4	1,1-5,1	0,030
Dolor	No tener pareja estable	8,9	3,9-20,5	0,000
	Edad > 44 años y desempleo	4,6	2,0-10,8	0,000
	Valor del componente físico del SF-12 < 37	2,8	1,2-6,4	0,014

IC: intervalo de confianza; IFSF: índice de función sexual femenina; OR: odds ratio.

tener problemas con el orgasmo y mayor ansiedad con el desempeño sexual.

Las mujeres con más de 44 años sin empleo tienen 5,3 más probabilidad para la pérdida o falta del deseo sexual, casi 4 veces más de probabilidad para tener problemas con la lubricación y casi 5 veces más probabilidad para presentar dispareunia. En un estudio realizado en mujeres inglesas, el desempleo en las mujeres más mayores fue considerado como un predictor demográfico para presentar problemas de disfunción sexual¹.

En el estudio realizado en mujeres chilenas, en el análisis de regresión logística se confirmó que la edad era predictora de mayor riesgo de disfunción sexual, casi cuadruplicándose el riesgo en mujeres mayores de 44 años. En esta investigación, si no hubiéramos introducido en el modelo de regresión logística la edad como variable de interacción con las otras variables (desempleo, pareja, religión, medicación, puntuación baja en el componente físico y mental del SF-12), el riesgo sería 5,5 veces superior en mujeres con más de 44 años. Al introducir dichas variables de interacción, la edad se comporta como un factor de riesgo modificador del efecto. Las mujeres ma-

Lo conocido sobre el tema

- Son escasos los estudios que analizan el deseo sexual y demás componentes de la función sexual femenina.
- La calidad de vida de la mujer puede tener relación con su salud sexual.
- Hay instrumentos validados para analizar la función sexual femenina.

Qué aporta este estudio

- El médico de familia puede analizar la función sexual femenina en la consulta de atención primaria.
- El tener pareja estable, no practicar religión, tener un empleo, son factores protectores para la disfunción sexual femenina en mujeres mayores de 44 años.
- La calidad de vida autopercebida tiene relación con la salud sexual de la mujer.

yores de 44 años con religión tienen 6,5 veces más probabilidad para la disfunción sexual (medida por el IFSF global).

En conclusión, en función de las variables predictoras para la disfunción sexual generadas en el modelo de regresión logística, el perfil para tener mayor probabilidad de presentar una disfunción sexual sería: mujeres mayores de 44 años sin pareja estable, que dicen tener alguna religión, que están desempleadas y con baja autopercepción de calidad de vida.

Como utilidad y aplicabilidad de este estudio se encuentra la posibilidad de que el médico de familia pueda analizar la salud sexual de sus pacientes de forma sencilla y relativamente rápida.

Como limitación del estudio se encuentra que se trata de un estudio transversal y, por lo tanto, no podemos asumir el criterio de causalidad.

Se deberían realizar estudios de tipo analítico que corroboraran estos hallazgos.

Agradecimientos

A los médicos de familia del Centro de y Salud Nazaret; Victor Suberviola, Loida Flor, Francisco Porras y Carlos Benavent, y a la enfermera Amparo Coscollá por su colaboración en el trabajo de campo.



Bibliografía

1. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:423-32.
2. Sánchez F, Perez Conchillo M, Borrás Valls JJ, Gómez Llorens J, Aznar Vicente J, Caballero Martín de las Mulas A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 2004;34:286-94.
3. Moynihan R. The making of the disease: female sexual dysfunction. *BMJ*. 2003;326:45-7.
4. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.
5. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in woman with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther*. 2003;46:29-39.
6. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carraco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69:118-25.
7. Proyecto ACTIVA. Estudio multicéntrico de Actitudes y normas Culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1999;5:4-5.
8. Kinsey Alfred C, et al. *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948.
9. Ware JE, Kosinski M, Siller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
10. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135-50.
11. IMIM. Questionaris de Qualitat de vida relacionada amb la Salut [accedido Jul 2005]. Disponible en: www.imim
12. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252:1905-7.
13. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.